

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,  
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,  
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2015

сти от бактериального агента обуславливавшего воспалительный процесс составляла 14,18 (11,66; 14,76) мкмоль/(л\*г). При сопоставлении уровня D-лактата у женщин ГК и ГН установлено статистически значимый ( $p=0,0001$ ) более высокий уровень D-лактата у пациенток без признаков воспаления и нормальным микробиоценозом по сравнению с пациентками у которых было диагностировано нарушение микробиоценоза и воспаление слизистой влагалища, шейки матки вне зависимости от бактериального агента обуславливавшего воспалительный процесс (критерий Манна-Уитни).

С целью определения диагностической ценности исследования концентрации D-лактата во влагалищном субстрате в дифференциальной диагностике нарушений микробиоценоза влагалища, воспаления слизистой влагалища и шейки матки ассоциированного с патогенной и условно-патогенной бактериальной флорой и нормального микробиоценоза был выполнен ROC-анализ (Рисунок 1).

Достоверно ( $p=0,0001$ ) установлено, что точкой диагностического разделения является значение D-лактата 18,14 мкмоль/(л\*г), чувствительность и специфичность при этом составляют 98,4% и 98,1% соответственно. При этом уровень D-лактата 16,4 мкмоль/(л\*г) обладает 100% специфичностью, что позволяет при данной концентрации D-лактата во влагалищном секрете и ниже этого значения со 100% вероятностью отнести к наличию во влагалищном субстрате дисбиоза и/или воспалительного компонента.

Обращает на себя внимание, что площадь под кривой ROC-анализа концентрации D-лактата составляет 0,998, что позволяет считать определение уровня D-лактата во влагалищном субстрате достоверным методом диагностики.

#### **Выводы:**

1. Этиологическая составляющая осложненного

течения эктопии шейки матки у женщин репродуктивного возраста в большинстве случаев представлена неспецифической бактериальной флорой: *Ent. faecalis* (38% от общего числа случаев положительных посевов), *St. epidermidis* (31,7%), *Str. haemolyticus* (19%), бактериальный вагиноз (23,8%).

2. Медиана концентрации D-лактата в субстрате полученном из наружной поверхности влагалищной части шейки матки и заднего свода влагалища у женщин без признаков воспаления и нормальным микробиоценозом составляет 24,83 (22,6; 31,25) мкмоль/(л\*г). Медиана концентрации D-лактата у пациенток с диагностированным воспалением влагалища и шейки матки и нарушением микробиоценоза вне зависимости от бактериального агента обуславливавшего воспалительный процесс составляет 14,18 (11,66; 14,76) мкмоль/(л\*г).

3. Концентрации D-лактата в биологическом материале из влагалищной части шейки матки и сводов влагалища при наличии дисбиоза влагалища и воспалительного процесса бактериальной этиологии вне зависимости от этиологического агента достоверно ниже, чем при нормальном микробиоценозе ( $p=0,0001$ ). Значение D-лактата 18,14 мкмоль/(л\*г) является точкой диагностического разделения патологического процесса и нормального микробиоценоза, чувствительность и специфичность при этом составляют 98,4% и 98,1% соответственно.

#### **Литература**

1. D-lactate as an early marker of intestinal ischaemia after ruptured abdominal aortic aneurysm repair/ M.Poeze [et. al.] // Br j Surg. – 1998. – Vol. 85, N 9. – P. 1221–24.
2. Власов, В.В. Введение в доказательную медицину / В.В. Власов. – М. : МедиаСфера, 2001. – С. 238–55.

## **ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РАЗБОРА БОЛЬНЫХ СО СТУДЕНТАМИ 5-6 КУРСА НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ ВГМУ**

**Пчельников Ю.В., Лысенко И.М., Лялькова В.П.**

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

«Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать», нигде не звучит так актуально, как в практической медицине. Умение клинически мыслить не появляется сразу, как студент переступает порог клиники, не смотря даже на определенный багаж теоретических знаний у него. В относительно полной мере умение появится только после нескольких лет самостоятельной работы, причем, под руководством опытных наставников и преподавателей.

Понятно, что клинический опыт не сводится к простому запоминанию всех увиденных больных и всех вариантов течения болезни. Опыт выступает как обобщение наблюдаемого, как синтез использованных на практике закономерностей, изученных в теории, а также эмпирических зависимостей, случаев и «казусов», которые теорией обычно не охватываются. Клинический опыт включает овладение умениями и навыками мышления и на-

выками практических действий. Это не просто «технический» опыт специалиста, а опыт человека, имеющего дело с другим человеком, как объектом познания и действия. Личный опыт, как и коллективный, требует обобщения. Этому студента, на наш взгляд, пока обучают недостаточно.

Специфичность клинического мышления требует и особых путей его формирования.

В связи с этим, одним из важных условий успешной подготовки студентов по курсу «Педиатрия» является, на наш взгляд, методика проведения практических занятий. Именно практические занятия являются полигоном отработки навыков диагностики и воспитания врачебного мышления. Нет сомнения в том, что оптимальной формой такого занятия для будущих врачей является клинический разбор больных. При планировании учебного процесса важно выбрать наиболее эффектив-

ную форму разбора, которая отвечает конкретным задачам данного практического занятия.

Существует, как известно, несколько форм клинических разборов больных, которым даже даны соответствующие названия [1]. Мы попытались дать им свое видение.

1) традиционная форма разбора с демонстрацией заранее подготовленного больного, заканчивающаяся заключением руководителя как по поводу самого больного, так и по поводу данного заболевания. Такой разбор-демонстрация, конечно же, дает хорошую образовательную информацию. Но с педагогических позиций, он имеет существенные недостатки, во-первых, из-за малой учебной активности студентов и, во-вторых, из-за отсутствия обратной связи со слушателями, что в обоих случаях не дает преподавателю возможности контролировать усвоение материала студентами.

2) разбор-экспромт, чаще возникает при обычном обходе больных, которых курируют студенты. Он дает больше возможностей вовлечь студентов в активное обсуждение анамнеза, выставленного диагноза, ошибок допущенных при проведении обследования, позволяет оценить недостатки и достоинства проводимого лечения и т.д. Из-за спонтанности возникновения этот тип разбора менее насыщен информацией. Но разбор-экспромт, несомненно, может (и должен) служить стимулом к самостоятельной работе студента с литературой. Он заставляет всех участников предварительно готовиться к обходу и, таким образом, мотивирует их познавательную деятельность.

3) семинар-консилиум является весьма целесообразной формой разбора больных. Его можно также назвать семинаром-дискуссией. Это тематический разбор, к которому студенты готовятся заранее. В проведении разбора вся активная деятельность возлагается на студентов. Но роль преподавателя не пассивная – он «сердце», организа-

тор семинара, поскольку направляет ход разбора, активно вовлекает в обсуждение всех студентов. С целью оптимизации контроля и стимуляции подготовки студентов к занятию можно усложнить данный семинар введением письменного контроля в заключительной части разбора. Однако этот шаг значительно увеличивает нагрузку на преподавателя, так как занимает много времени.

Мы используем в своей практике все перечисленные виды разбора, но больше отдаем предпочтение разбору-дискуссии. Иногда его приходится усложнять с целью стимуляции самостоятельной деятельности студентов, применяя феномен «прерванного разбора». Необходимость прервать разбор может возникнуть на определенном этапе обсуждения, когда знаний у студентов оказывается недостаточно и разбор заходит в тупик. Тогда преподаватель подводит итог, суммируя высказанные предположения о возможных заболеваниях, он обсуждает объем наиболее существенных дополнительных исследований и предлагает слушателям поработать с литературой (обязательно рекомендует источники), продумать все обсуждавшиеся аспекты диагноза. На следующий день обсуждение продолжается.

Такой тип клинического разбора применим в случаях сложных диагностических ситуаций и вызывает, как правило, большой интерес у студентов. Он значительно стимулирует их творческую активность и, самое главное, позволяет совершенствовать клиническое мышление.

### Литература

1. Неймарк Н.П., Стегний А.С., Миневич А.П. // Клиническая медицина. – 1984. – № 3. – С. 149–51.
2. Попов, А. С. Очерки методологии клинического мышления / А.С. Попов, В.Г. Кондратьев. – Л.: Медицина, 1972. – 184 с.
3. Попова Н.П. // Тер. арх. – 1987. – № 7. – С. 92–94.

## ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ, КАК ПРИЧИНА НЕВЕРНОГО ДИАГНОЗА

*Пчельников Ю.В., Лысенко И.М., Лялькова В.П., Семенова О.В.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

Отметим, что диагностические ошибки, причиной которых является недостаток у врача деонтологических навыков – это достаточно обширная группа ошибок. По данным литературы деонтологические ошибки являются причиной неверного диагноза, в 10-11% случаев. Границы этой группы ошибок до сегодняшнего дня четко не определены, так как они зависят от того, кто и что вкладывает в понятие деонтологии. На этой стороне врачебной деятельности сосредоточено внимание и практических врачей и ученых, поскольку, по их мнению, вопрос ликвидации субъективных ошибок в значительной степени – вопрос деонтологии [1,2,3].

Для начала определим, что такое деонтология. В строго специальном смысле – это раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и должного.

Основными категориями деонтологии считаются врачебный долг, врачебная совесть, врачебная ответственность. Представляется необходимым подчеркнуть наличие двух сторон в рассматриваемой проблеме.

Во-первых, умение врача правильно построить свои отношения с больным, его родителями, близкими родственниками. Здесь необходим особый такт, который позволяет даже при несовпадении мнений врача и больного, родителей избегать конфликтных ситуаций, корректировать расхождение взглядов, не допускать перерастания скрытого противоречия в открытое и доводить его до экстремальной степени. Напряженность ситуации обычно нарастает, когда возникающая острота вовремя не снята, когда конфликт запущен, а возможность его нивелирования упущена. Все это требует от